

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



382491  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/2019 4-Data de Autorização 12/04/2019 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50194053 7-Data Validade da Semeta 12/03/2020

8-Número da Carteira 0037999406503179 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa GUSTAVO SALDANHA S 11-Data Validade da Carteira 12/03/2020 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704105168241375

13-Nome ROSANA SALDANHA SILVA 01/09/1977 14-Teléfono ( ) 15-Nome do titular do plano GUSTAVO SALDANHA SILVA

16-Endereço a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE 18-Número no CRO 35792 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00799826979 22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE 23-Número no CRO 35792 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE 27-Número no CRO 35792 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guisa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-000     | 81000065                  | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 | 1       | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 12/04/2019            |                    |               |
| 2-000     | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 12/04/2019            |                    |               |
| 3-000     | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 12/04/2019            |                    |               |
| 4-000     | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 12/04/2019            |                    |               |
| 5-000     | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 12/04/2019            |                    |               |
| 6-000     | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 12/04/2019            |                    |               |
| 7-000     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-000     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-000     |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-000    |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-000    |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-000    |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-000    |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-000    |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-000    |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 12/04/2019 Jd. Santa Helena - São Paulo - SP 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/04/2019 Jd. Santa Helena - São Paulo - SP 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2019 Jd. Santa Helena - São Paulo - SP 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/04/2019 Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

CRO - RJ 35. 2

CRO - RJ 35. 2

CRO - RJ 35. 2

CRO - RJ 35. 2